



SUNDHEDSPROFESSIONELLE

i en multikulturel verden

2007



Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden

Udgivet af Sundhedsstyrelsen 2007

Tekst: Journalist Mette Breinholdt

Design: Pia Jensen

Tryk: Scanprint as

Foto: Andreas Szlavik, på nær billede side 18 af Palle Skov samt forside af Morten Jac

Publikationen er tilrettelagt af Niels Sandø & Anne Rygaard Bennedsen.

Tak til læge Lise Dyhr, sygeplejerske Nicoline Bank Nielsen, sygeplejerske Gitte Iversen, antropolog Grete Brorholt og ph.d.-studerende (folkesundhedsvidenskab) Maria Kristiansen for værdifulde kommentarer og forslag samt input i tilrettelæggelsen af publikationen.

Tak til professor Mette Hartlev, Københavns Universitet og lektor Iben Jensen, Roskilde Universitetscenter for deres kommentarer til publikationen.

De eksempler, der præsenteres i denne publikation, stammer dels fra interviews gennemført forud for udarbejdelsen af dette materiale dels fra følgende publikationer:

- Kristiansen, Maria og Nielsen, Anna Mygind: Komplekse møder, Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling, speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, december 2004
- Mirdal, Gretty M: Tyrkiske kvinders somatiske klager: Tyve år efter, Månedsskrift for praktisk lægegerning, juli 2005; nr. 83
- Breinholdt, Mette: Fru Ansari til diabeteskontrol, Ugeskrift for læger 2004; vol. 166; nr. 46; s. 4185
- Breinholdt, Mette: Svage patienter afslører mangler i sundhedsvæsenet, Ugeskrift for læger 2004; vol. 166; nr. 46; s. 4183
- Breinholdt, Mette: Støj på linien, Fysioterapeuten 2004, nr. 16
- Breinholdt, Mette: Et kulturelt perspektiv, Fysioterapeuten 2004, nr. 16
- Jacobsen, Eva Thune; Karise, Sussi og Dyhr, Lise: Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen – Rapport fra et pilotprojekt, DSI – Dansk Sundhedsinstitut 2004 http://www.dsi.dk/frz_publicationer.htm
- Johnsdotter, Sara og Essén Birgitta: Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i somalia: Patientens eller vårdens ansvar? I Tidsskrift for Sygdom og Samfund 7, 2007: Etniske minoriteter og sundhedssystemer s. 17 – 31

Pjecen kan rekvireres hos:

Sundhedsstyrelsens Publikationer

c/o Schultz Information a/s

Tel: 7026 2636

E-mail: sundhed@schultz.dk

Publikationen kan også bestilles på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk

Pris: 0,- kr. Dog betales der for porto og ekspeditionsgebyr.

Trykt ISBN 978-87-7676-612-2

Elektronisk ISBN 978-87-7676-610-8



Indhold

Forord.....	4
Kapitel 1: Midt i mangfoldigheden	7
Mødet med det fremmede.....	9
Sprogbarrieren.....	9
Signalforvirring.....	11
Racisme frygten.....	13
Kapitel 2: Ord for ord	15
Nødløsninger.....	17
Faglige hensyn.....	18
Gode råd om tolkning.....	19
Kapitel 3: Kultureernes spejlsal	21
Opfattelser i forandring.....	23
Nyttig generalisering.....	24
Et spejlbillede.....	25
Kulturens skygge.....	26
Ensom og udsat.....	28
Angst og aggressiv.....	30
Roller på spil.....	31
Kapitel 4: Professionelle nøgler	33
Interkulturel kompetence.....	35
Diagnose og lidelse.....	37
Finmasket kategorisering.....	39
Kapitel 5: Svære samtaler	41
En lukket dør.....	44
Tabu-emner.....	46
Kapitel 6: Ret og rimeligt	47
Informeret samtykke.....	48
Ret til fortrolighed.....	49
Ret til behandling.....	50
Åbenhed og grænser.....	51
Kapitel 7: Vil du vide mere	53
Litteratur og nyttige adresser.....	54
Kildeliste.....	57



Forord

Cirka 7% af befolkningen i Danmark kommer fra ikke-vestlige lande, hvilket også afspejler sig i patientsammensætningen på hospitalerne.

Disse patienter møder, som alle andre, sundhedsvæsenet med en forventning og et krav om ordentlig pleje, omsorg og behandling.

Mødet mellem personale og patienter, med anden etnisk baggrund end dansk, kan være præget af forestillinger og usikkerhed fra begge parter, som blandt andet bunder i forskellige forventninger til mødet mellem patient og sundhedsvæsen.

Denne publikation sætter fokus på de udfordringer og opgaver, der kan være i mødet med etniske minoritetspatienter og giver nogle anbefalinger til, hvad man som sundhedsprofessionel, afdeling eller sygehusledelse kan gøre for at gøre mødet så godt som muligt.

Vi har ikke kunnet give en fuldstændig beskrivelse af de problemer og udfordringer, der kan opstå i mødet mellem sundhedsprofessionel og etniske patienter, ligesom publikationen ikke præsenterer fuldstændige og færdige løsningsforslag. Men forhåbentlig kan den give inspiration til, at emnet tages op på de enkelte afdelinger, og at medarbejderne taler om, hvordan de sikrer det bedste møde med etniske patienter.

En vigtig anbefaling vil være at møde patienter med anden etnisk baggrund som de mennesker og patienter de er, og spørge til det man er i tvivl om – ligesom med andre patienter. Det vil være væsentligt at tage den enkelte patients bekymringer alvorligt, og at sikre at der er nogenlunde overensstemmelse mellem det, patienten forventer med hensyn til pleje og behandling og det, der rent faktisk kan tilbydes.

Selvom det kan være problematisk at udpege en bestemt samfundsgruppe som et fokus for en indsats, har vi ikke desto mindre valgt at gøre det i denne publi-

kation. Vi har fundet det nødvendigt at kategorisere gruppen ”etniske minoritetspatienter” som en fokusgruppe, fordi mange sundhedsprofessionelle oplever, at der kan være nogle særlige udfordringer i arbejdet med denne gruppe patienter. Samtidig bliver det danske samfund gradvist mere multikulturelt, hvilket vil stille sundhedsprofessionelle over for nogle nye udfordringer i forhold til at sikre, at alle patienter modtager den optimale behandling og pleje.

Vi trodsers altså faren for at bidrage til ”dem og os”-tænkningen i et håb om, at denne publikation kan bidrage til at forbedre mødet mellem sundhedsprofessionelle og etniske minoritetspatienter.

Publikationen bygger på interviews med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, forskning, artikler og praksiserfaring. Der vil bagerst i publikationen være en liste med anvendt litteratur, ligesom der vil være forslag til videre læsning om de behandlede emner. Publikationen kan læses i sin helhed, eller dele af den kan bruges som afsæt for diskussioner mellem kolleger eller på afdelingen.

Else Smith
Centerchef





Kapitel 1

Midt i mangfoldigheden

Mødet med det fremmede, med andre skikke og andre forståelser af verden, er både udfordrende, frustrerende og spændende. Og så er det desuden hverdagen på de fleste hospitalsafdelinger. Kapitlet giver en introduktion til nogle af de udfordringer, mødet med etniske minoritetspatienter byder på.

Sygeplejersken på afdeling M2 åbner døren ind til Yasemins stue. Hun skal lige tjekke temperaturen og høre, hvordan Yasemin har det. Men idet sygeplejersken åbner døren, får hun øje på Yasemins mand, der ligger knælende på gulvet og beder. Skyndsomst trækker sygeplejersken sig tilbage, men fanger lige Yasemins blik, der ser forbløffet på hende: ”Jamen kom da ind”, siger Yasemin. ”Han beder bare”.

Eksemplet er et kig ind i hverdagen på danske hospitaler, hvor patienter med baggrund i andre samfund og sundhedssystemer møder og udfordrer sundhedspersonalet.

Selvom mennesker med anden etnisk baggrund end dansk eller ”vestlig” efterhånden udgør omkring syv procent af den danske befolkning, er der rigtig mange med traditionel dansk baggrund, som ikke har personligt kendskab eller venskab med folk, der har rødder i andre egne af verden.

Sygeplejersken i eksemplet blev befippet, da hun blev mødt af noget, hun ikke lige forstod eller vidste, hvordan hun skulle forholde sig til. Selv med mange års erfaring i at arbejde med etniske minoritetspatienter, reagerede hun med gode gammeldanske dyder som: ”man skal jo ikke trænge sig på,” og man skal værne om ”privatlivets fred”. Og så skal man under ingen omstændigheder være for ”nyfigen”.



Perker eller nydansker

I denne bog bliver der brugt følgende betegnelser om de etniske grupper i sundhedsvæsenet:

- ”Etnisk minoritetspatient”, ”indvandrerpatient” eller ”patient med anden etnisk baggrund end dansk”, beskriver patienter, der enten ikke taler godt dansk og/eller har betydende erfaring med et andet sundhedssystem og andre sygdomsopfattelser end det majoritets-danske.
- Sundhedsprofessionelle bliver som hovedregel beskrevet, som om de har danske rødder, har dansk som modersmål og har betydende erfaring med det majoritets-danske sundhedssystem og sygdomsopfattelser.
- Patient eller sundhedsprofessionel med danske rødder, betegner en person, der har betydende erfaring med det majoritets-danske samfund, danske ritualer og danske sundhedsvæsen og har dansk som modersmål.

De fleste kan sikkert genkende befiipelsen, den lille trækken sig tilbage følelses-mæssigt, fulgt af en smule ubehag, fordi man er i en situation, man ikke lige ved, hvordan man skal tackle.

Det fremmede berører os, gør os på en gang usikre og pirrer vores nysgerrighed.

Mødet med det fremmede

Mødet med det fremmede konfronterer os med vores egen måde at leve og tænke på. Det gælder såvel patienten med rødder i Libanon som den danske sygeplejerske.

En af de ting mange sundhedsprofessionelle lægger mærke til, i mødet med etniske minoritetspatienter, er oplevelsen af en anden måde at være familie og pårørende på i forbindelse med sygdom. Eksempelvis er de imponerede over den opbakning, nogle etniske minoritetspatienter får fra deres pårørende. En social- og sundhedsassistent fra en hjerteafdeling fortæller, hvordan de pårørende bader patienterne og kommer med mad til dem.

Andre oplever, at det kan være svært at håndtere en situation, hvor der hele tiden er pårørende samlet om patienten. De er bekymrede for, om patienten får nok hvile, og ikke mindst er de bekymrede for, om gæsterne forstyrrer de øvrige patienter på stuen.

Sprogbarrieren

Selv om en anderledes adfærd ofte er den, der springer i øjnene, er det dog sprogproblemer, der fylder mest i dagligdagen. Flere mener, at hvis der ikke var sproglige problemer, ville sundhedspersonalet kun sjældent opleve problemer i forhold til anderledes opfattelser af sygdom og behandling.

Etniske smerter

I en kronik i ugeskrift for læger fra 2006 skriver læge Stine lund:

”For eksempel er udtrykket »etniske smerter« en terminologi, der er vidt udbredt på de hospitaler, jeg har arbejdet på. Det bruges om mennesker fra andre kulturer, der giver udtryk for at have smerter, men den virkelige betydning er, at vi synes, at patienten overdriver og ikke fejler noget alvorligt. Det er naturligvis ikke acceptabelt og kan give anledning til decideret fejlbehandling.”

Citat fra artikel i ugeskrift for læger 2006; 168(18):1782: Fra hvidovre til Zanzibar, det personlige lægeløfte, debat i kronik



”Man kan godt føle sig magtesløs, når man skal kommunikere”, siger en social- og sundhedsassistent fra en hjertemedicinsk afdeling i et fokusgruppeinterview. En vigtig del af hendes arbejde er at yde omsorg for patienten ved at tale med hende ved sengekanten. Sådanne uformelle samtaler er blandt andet med til at give et indtryk af, hvordan forholdene er i hjemmet, eller den kan afdække, hvilke problemer og bekymringer patienten har i forbindelse med sin sygdom.

For alle faggrupper i sundhedsvæsenet gælder det, at den sproglige barriere kan minimere de uformelle samtaler med fremmedsprogede patienter. Følgen er ofte en oplevelse af dårlig samvittighed, fordi den sundhedsprofessionelle ikke synes, hun gør sit arbejde ordentligt.

Faktisk oplever mange sundhedsprofessionelle arbejdet med indvandrerpatienter frustrerende – netop fordi, de føler, de ikke kan gøre deres arbejde godt nok. For at klare oplevelsen af ikke at gøre sit arbejde tilfredsstillende er det en almindelig reaktion at blive irriteret på patienterne.

En sundhedsperson fortæller i en interviewundersøgelse, hvordan hun blev irriteret over en mor, der mødte op i en propfuld modtagelse.

”Og hun står bare, og det er på en måde – og det ved jeg godt, lyder underligt – men på en måde synes jeg, det er enormt anmassende at stå der på den måde. Stå der på den måde og ikke kunne tale sproget og forvente, ”I skal bare gøre noget nu”, ikke? Og man kan ikke tale med hende”, siger hun.

Sundhedspersonen giver samtidig udtryk for, at et højt tempo i dagligdagen ikke altid levner plads til at man har det nødvendige overskud til at engagere sig i patientens øvrige problemer. Hun siger ”Der er det bare, det er en travl hverdag, så man har svært ved lige at forholde sig til, at hun går derhjemme, og hun er lukket ude af samfundet, og hun taler ikke sproget...og hun er ligesom alle andre mødre, hun vil gerne have behandlet sit barn. Men det er bare... Det er panden mod en mur, når vi ikke kan sproget”. (Kristiansen, Maria og Nielsen, Anna Mygind 2004)

For langt de fleste sundhedsprofessionelle er sprogbarrieren således et område, man skal løse og forholde sig konstruktivt til, hvis man vil skabe større patienttilfredshed og øge oplevelsen af succes i arbejdet med etniske minoritetspatienter.

Signalforvirring

Det er ikke kun sproglige problemer, der kan fylde i arbejdet med etniske minoritetspatienter.

Patienternes opfattelse af sygdom, deres forståelse af sundhedsvæsenet samt deres måde at være syge på og eksempelvis give udtryk for smerte, kan være anderledes, end den sundhedsprofessionelle er vant til.

Patientrollen

Hvordan vi reagerer på sygdom og lidelse, er langt fra naturgivet. Den samme smerte – den samme lidelse – kan få helt forskelligt udtryk alt efter, hvem den rammer. Eksempelvis er det ganske normalt, at nogle børn helt fra små lærer, at de skal dæmpe deres reaktion på smerte. Mens andre børn lærer, at de skal råbe højt og græde. Nogle lærer, at de skal være aktive og selv tage del i behandlingen, mens andre lærer, at de skal forholde sig passivt og overlade helbredelsen til familie og autoriteter. Personalet vil ofte have en opfattelse af den gode patient, som en patient, der er let at arbejde med, og følger de råd, der bliver givet.

Prøv at overveje, hvad du synes er en "god patient", og hvordan du forventer, patienterne udtrykker smerte, sorg og lidelse.


De forskellige måder at forklare sygdom og reagere på sygdom på kan let føre til misforståelser. I værste fald kan det føre til en dårligere behandling og pleje af den etniske minoritetspatient.

Eksempelvis kan det være svært at vurdere smerteintensiteten hos en patient, der udtrykker smerte på en markant anderledes måde, end man er vant til. Som en sundhedsprofessionel siger: ”Det kan virke voldsomt, når de klager sig. Det virker som om, man ikke gør noget, selvom man synes, man har forsøgt alt.”

En anden sundhedsprofessionel har oplevet, at en patient, som de troede bare reagerede kraftigt på noget, der ikke var så alvorligt, døde. - Så det var altså alvorligt alligevel.

For at vurdere smerteintensiteten kan det være en hjælp at få patienten til at sætte sammenlignende ord på smerten eller beskrive med billeder, hvordan han har det. For at få et signal om smertens styrke og forventningen til sundhedspersonalet, kan man også spørge, hvad patienten ville have gjort, hvis han ikke var på hospitalet. Patienten kan desuden VAS-score sin smerte. Det vil sige, at patienten på en skala fra 0 - 10 angiver, hvor ondt hun har. På den måde kan man måle smerten med patientens egen målestok.

En sundhedsprofessionel på et apopleksiafsnit fortæller om en mandlig patient, der igen og igen ringede på klokken. I den situation blev personalet i tvivl i om,



”Os og dem” eller ”mig og de andre”

For at vi kan beskrive verden omkring os, deler vi den op i enheder: Vi klassificerer ting, fænomener, dyr og ikke mindst hinanden. Men samtidig har de navne, vi giver vores klasser, betydning for, hvordan vi opfatter dem. Navnene får også betydning for, hvordan de klassificerede oplever sig selv. Kalder vi nogen for fremmedarbejdere, viser det, at de bliver set som et fremmed element i samfundet. Og kalder vi nogen for ”midaldrende”, udelukker vi muligheden for at forbinde dem med en adfærd, vi tillægger ”ungdom” eller ”alderdom”. Prøv eksempelvis at overveje, hvilke klassifikationer, der er foretaget i kapitlet, og ikke mindst hvem ”vi” og ”os” dækker over.

hvordan de skulle vurdere omfanget af hans symptomer: Ringede patienten igen og igen, fordi han havde en patriarkalsk opfattelse af de kvindelige sundhedspersonelle som tjenende ånder, – eller var det fordi, hans hjerneskade medførte, at han havde mistet tidsopfattelsen?

Patientens fremmede kulturelle baggrund gjorde personalet usikre på hvordan de skulle handle i den aktuelle situation. De ville ikke have haft den samme tvivl, hvis der havde været tale om en patient med dansk baggrund, men den kulturelle faktor medførte tvivl og usikkerhed.

Racisme frygten

En anden barriere i sundhedspersonalets møde med den etniske minoritetspatient, er en frygt for at blive beskyldt for at være racist. Bekymringen kan føre til, at sundhedspersonalet tøver med at sætte professionelle grænser.

Omvendt er det heller ikke ualmindeligt, at etniske minoritetspatienter frygter at blive udsat for diskrimination. Frygten for at blive diskrimineret kan i nogle tilfælde være forklaringen på, hvorfor en etnisk minoritetspatient måske forventer at blive set af en behandler med det samme. På den måde handler patienten aktivt i en situation, hvor hun føler sig i risiko for at blive diskrimineret. I den situation kan det være nødvendigt at respektere patientens bekymring og forklare, hvordan sundhedsvæsenet hænger sammen: Hvorfor der er ventetid, hvorfor man ikke får penicillin, hvis patienten har en virus og så videre.

Selvom frygten for at blive diskrimineret ikke er unormal, tyder meget på, at langt de fleste etniske minoritetspatienter er tilfredse med behandlingen. Decideret diskrimination er tilsyneladende ret sjælden.

Det udelukker dog ikke, at mennesker bliver behandlet forskelligt alt efter, hvor godt deres patientrolle og sygdomsforståelse harmonerer med sundhedspersonalet. Når det er besværligt med informeret samtykke på grund af sprogvanskeligheder, eller når patient og behandler ikke deler sygdomsopfattelse, kan beskeder blive misforstået og symptomer blive fejltolket.

Mødet med den etniske minoritetspatient

I en undersøgelse fra 2004, er læger, sygeplejerske samt social- og sundhedsassistenter på sygehusene blevet spurgt til deres erfaringer fra arbejdet med etniske minoritetspatienter. (Jette J. Michaelsen, 2004).

Andel, der erklærer sig enig i nævnte udsagn:	Læger	Sygeplejersker	Sosu-assisterter
Indvandrerpt. er en særlig belastning for sygehuspersonalet	75%	49%	54%
Indvandrerpt. er mere krævende end danske	52%	49%	65%
De pårørende til indvandrerpt. er ofte mere en støtte for afdelingen end de pårørende til danskfødte patienter	26%	44%	31%
Har inden for den sidste måned oplevet, at indvandrerpt. havde andre behov end de sædvanlige for danskfødte	37%	41%	16%
En del indvandrerpatienters forventninger om medicinering er ude af proportioner	58%	42%	47%
Hvad har du gjort/oplevet i din professionelle kontakt med indvandrere på hospitalet inden for den sidste måned:			
Oplevet at patienten ikke fik den fornødne behandling/pleje/rådgivning	25%	27%	19%
Oplevet at patienten ikke forstod råd og vejledning	58%	58%	66%

Tallene viser, at sundhedspersonalet i høj grad oplever arbejdet med indvandrerpatienter som en belastning. Samtidig oplever personalet også, at indvandrerpatienter ikke altid får den fornødne behandling og pleje, ligesom de ofte oplever at patienterne ikke forstår råd og vejledning. Tallene viser også, at der er forskel mellem faggrupperne. Det kan blandt andet skyldes forskellige erfaringer, arbejdsopgaver og adgangen til at bruge tolk.





Kapitel 2

Ord for ord

Sproget er et centralt værktøj for plejepersonalet. Men i arbejdet med den etniske minoritetspatient er sproget ofte en væsentlig barriere. Et problem der skal overkommes. Kapitlet giver nogle bud på, hvad man kan gøre, når patient og sundhedsprofessionelle ikke taler samme sprog.

En af grundpillerne i behandling og pleje er kommunikation. For at kunne yde den bedste pleje undersøger personalet patientens behov og søger blandt andet at lindre gennem samtale og forståelse.

Plejepersonalet har en vigtig opgave med at forklare patienten, hvad der sker i behandlingsforløbet, drøfte patientens bekymringer i forhold til sygdommen og sygdommens konsekvenser, formidle prøveresultater og opnå patientens accept af behandlingen.

Når den sundhedsprofessionelle og patienten ikke deler samme sprog, er den sundhedsprofessionelle frarøvet et af sine væsentligste værktøjer. Det skaber ikke kun frustration og gør dagligdagen besværlig. Det betyder også en barriere i forhold til lovens krav om at sikre informeret samtykke til pleje og behandling.

På Rigshospitalet har en kræftafdeling taget sprogproblemet alvorligt, og stort set alle nyindlagte patienter, der ikke taler dansk, får en tolk cirka 1/2 time hver dag i tiden omkring stuegang.

”Sprogvanskeligheder er kilden til alle misforståelser. Det, at man ikke kan gøre sig forståelig og forklare hvilken sammenhæng, patienten er blevet en del af, er stærkt problematisk. Som alle andre mennesker er patienterne dybt kriseramte, når de bliver indlagt her. Det er ofte et meget akut forløb, hvor sygdommen kan have udviklet sig over nogle få uger. I den situation har man brug for at tale om sin sygdom og alle de bekymringer, den giver anledning til. Så derfor bruger vi tolk hver dag i det



første stykke tid. Så har vi en base at kommunikere ud fra. Patienterne skal jo også have en chance for at finde ud af, hvad færdselsreglerne er på et hospital”, siger en sygeplejerske fra afdelingen.

Når patienten så er faldet til, kommer tolken sjældnere, men stadig forholdsvis hyppigt, for at opretholde en god dialog.

Sygeplejersken fortæller, at hvis det af en eller anden grund ikke lykkes at få en tolk, så er det at tingene begynder at skride, og de trælse situationer opstår med pårørende, der spiser maden og patienter, der bliver vrede, fordi de føler sig overset. (Baggrundsinterview 2007)

Nødløsninger

Men det er langt fra altid så lige til at skaffe en tolk. Eksempelvis hvis kommunikationsbehovet er nu og her: Når patienten skal i bad, når de pårørende er urolige over, hvad der foregår, eller når en planlagt operation pludselig bliver aflyst. I disse situationer må man gribe til andre metoder.

Lader man hæmningerne falde, kan man komme langt med praktiske instruktioner ved hjælp af kropssprog. Samtidig har flere erfaret, at det kan give anledning til et godt forløsende grin, når man står og vifter med arme og ben.

I erkendelse af at det ikke altid er muligt at skaffe en tolk, har man flere steder udarbejdet billedmateriale. Såkaldte billedtolke. Man kan udarbejde billedtolke på de mest gængse sprog, som beskriver eksempelvis almindelige behandlingsforløb.

Retningslinier for tolk

Hospitalet i det tidligere H:S har udarbejdet en vejledning i brug af tolk. Vejledningen indeholder blandt andet beskrivelse af, hvornår man skal bruge tolk, krav til tolken samt gode råd i tolkesituationen.

En vejledning kan være en god støtte i hverdagens beslutninger.

Har dit hospital en vejledning eller retningslinier for brug af tolk?



Telefontolk

På Kolding Sygehus deltog børneafdelingen i Migrant Friendly Hospitals som dansk pilotsygehus. I den forbindelse indførte de øget brug af telefontolkning med Soundstation. Afdelingen har særdeles gode erfaringer med metoden. Der var et markant fald i brug af familiemedlemmer og venner til tolkning, personalet oplevede, at tolkene var lettere at få fat på og ca. en tredjedel oplevede, at deres arbejdssituation blev forbedret.

På børneafdelingen i Kolding foregår telefontolkning ved, at man ringer op til det tolkefirma, afdelingen har en aftale med. Tolkning kan normalt aftales indenfor et kvarter til en halv time. Tolkesamtalen finder derefter sted i et uforstyrret rum med Soundstation placeret på et bord mellem personalet og de forældre, der skal tales med.

Nogle hospitaler og afdelinger benytter sig også af en mappe, hvor en række af de mest gængse ord, der bliver brugt på afdelingen, står på både dansk og de mest almindelige fremmedsprog.

Endelig er det også almindeligt, og et godt, supplerende redskab, med pjecer på andre sprog end dansk. Man skal bare være opmærksom på, at der altid skal gives mundtlig information og at skriftlig information om et behandlingsforløb derfor ikke opfylder kravene til informeret samtykke. Men det kan være et rigtig godt supplement.

Det er også en almindelig strategi at benytte sig af patientens pårørende og venner. I nogle tilfælde kan det også være en acceptabel mulighed, eksempelvis hvis der er tale om formidling af praktiske oplysninger. Dog bør man helt afholde sig fra at benytte mindreårige børn, med mindre der er tale om akutte situationer.

I nogle situationer foretrækker patienten, at en pårørende eller ven skal tolke. Det kan blandt andet skyldes, at nogle sproggrupper kun består af ganske få mennesker i Danmark. Tolken kan således være en person, patienten kender, og som han eller hun ikke ønsker skal delagtiggøres i personfølsomme emner. Nogle patienter har oplevet, at tolken ikke har overholdt sin tavshedspligt, og at private forhold dermed er blevet udbredt inden for gruppen. I sådanne situationer kan patienterne have et forståeligt ønske om selv at vælge, hvem der skal lægge øre til fortrolige oplysninger.

Faglige hensyn

Selv om ønsket om, at en pårørende eller en ven skal tolke, er forståeligt, må man som sundhedsprofessionel ind i mellem afgøre, at opgaven skal løses af en professionel



tolk. Hvis tolken ikke er professionel, er der større risiko for, at visse ting ikke bliver oversat, eller ikke bliver oversat korrekt. Eksempelvis fordi tolken finder budskabet upassende eller krænkende, eller ikke kender ordene. Den uprofessionelle tolk kan også begynde at udlægge, hvad henholdsvis patient og sundhedsperson mener.

Endelig kan ønsket om, at en ven eller et familiemedlem skal tolke, skyldes pres fra omgivelserne. Så selvom patienten selv ønsker det, kan det altså være den rigtige løsning at sige til patienten, at hun skal have en professionel tolk.

Hvis der ikke er adgang til en professionel tolk på sygehuset kan det være en løsning at benytte sig af en telefon-tolk (som vist på billedet ovenfor).

Gode råd om tolkning

På kræftafdelingen på Rigshospitalet oplever personalet at betyder det meget for kvaliteten af den behandling og pleje der gives, at der er adgang til tolk. Men selv hvis det er en dygtig tolk, er der en række faldgruber, som det er vigtigt at være opmærksom på.

Eksempelvis vurderes det at ordene kun udgør syv procent af det, vi formidler. Over halvdelen formidles gennem kropssproget, mens godt en tredjedel formidles gennem den betoning, vi giver ordene. Og ligesom ordene er forskellige fra sprog til sprog, har kropssprogets signaler og ordenes betoning forskellig betydning i forskellige befolkningsgrupper. Selv hvis det er en dygtig tolk, er det ikke sikkert, han formår at få oversat det hele: Både ord, kropssprog og intonation.

Samtidig er det sådan, at mens vi forholdsvis nemt kan lære os et nyt sprog, er det meget sværere at ændre vores måde at betone ordene på og det kropssprog, der følger

dem. Selvom den etniske minoritetspatient har lært dansk er det altså langt fra sikkert, at han også har lært det danske kropssprog og den danske måde at betone ordene på, hvilket let kan føre til misforståelser, – netop fordi vi tror, vi forstår hinanden.

Eksempelvis kan forskel i ordenes betoning, få nogle mennesker med accent til at lyde mere klagende eller mere krævende eller bydende for dansksprogede ører, end de egentlig selv mener, de udtrykker sig.

I sagens natur har sundhedspersonen og patienten ikke mulighed for at vide, hvordan deres udsagn bliver oversat, og det kan derfor også være svært at vide, om en besked er forstået, hvilket i sidste ende kan få betydning for behandlingen og for patientens mulighed for eksempelvis at tage medicinen rigtigt.

For at overkomme de barrierer, som brug af tolk indebærer, skal man øve sig. Nogle afdelinger har som fast rutine at undervise nye medarbejdere i interkulturel kommunikation og brug af tolk.

Et par gode råd er, at man skal:

- Have øjenkontakt og opmærksomhed på patienten
 - ikke tolken, og tale direkte til patienten
- Vurdere om patienten virker nærværende:
 - Spørger han om ting, han ikke forstår, er det gode tegn på, at samtalen fungerer
- Bede patienten genfortælle pointerne i samtalen



Omsorg uden ord:

Der er forskellige måder at yde omsorg på, selvom man ikke deler sprog. Eksempelvis virker det tillidsvækkende, hvis man husker patientens navn. Eller hvis man husker små ting, man ved, patienten sætter pris på. Det kan være sukker til kaffen eller et rent tørklæde efter badet eller bare et smil.



Kapitel 3

Kulturernes spejlsal

Hvad er kultur, og hvad betyder kulturen i vores omgang med hinanden? Det handler dette kapitel om. Men kultur er langt fra alt, der betyder noget for mødet med den etniske minoritetspatient. Sociale og økonomiske forhold har mindst lige så stor betydning, ligesom de oplevelser og erfaringer, der udgør patientens livshistorie, er en vigtig faktor.

”Suad er fra Somalia, hun bærer tørklæde og er muslim, så hun vil sikkert ikke plejes af afdelingens mandlige sygeplejerske. Det er jo hendes kultur”. – Sådan kunne ræsonnementet meget vel lyde på en hospitalsafdeling i Danmark.

Koblingen mellem kultur og antagelse af, hvad folk tænker og ønsker er almindelig. Den hviler på det *homogene kulturbegreb*. En opfattelse af at man som menneske er ”bærer af en kultur”. Som del af ”en kultur” har man overtaget sine ideer, værdier og normer fra tidligere generationer og bærer dem videre i sig.

Det homogene kulturbegreb ser altså kultur som noget statisk og afgrænset. Det er muligt at beskrive en kultur og dermed skaffe sig viden om de mennesker, der er en del af kulturen, og det er muligt at forklare menneskers handlinger ved at henvise til deres kultur.

Kulturbegreber

Tabel der beskriver de to forskellige kulturbegreber, der bliver nævnt i bogen:

Spørgsmål	Det homogene kulturbegreb	Det heterogene kulturbegreb
Hvad er kultur?	Ideer, værdier, regler og normer, som mennesker overtager fra den foregående generation, og som man forsøger at bringe videre – oftest noget forandret – til næste generation	Viden, betydning og værdier som mennesker deler og forhandler med andre inden for forskellige sociale fællesskaber. Man kan tilhøre flere forskellige fællesskaber på samme tid
Hvor findes kultur?	Kultur findes i mennesket	Kultur findes mellem mennesker
Har alle i en kultur de samme værdier?	Alle har de samme værdier	Folk har forskellige værdier
Kan kulturs betydning forudsiges?	Kulturs betydning kan forudsiges	Kulturs betydning kan undersøges

Andre steder kalder man de samme kulturbegreber for det beskrivende og det komplekse kulturbegreb som i eksempelvis Iben Jensens: Grundbog i kulturforståelse.



I denne bog er udgangspunktet, at kultur ikke er noget man er, men noget man gør. Kultur skabes og udvikler sig i mødet mellem mennesker. Dermed tager bogen udgangspunkt i det heterogene kulturbegreb.

Det *heterogene kulturbegreb* ser kultur som noget, der hele tiden er i bevægelse og hele tiden er til forhandling: Selvom Suad er fra Somalia og tror på Allah, har hun ikke nødvendigvis noget imod at blive plejet af en mandlig sygeplejerske. Der er mange forskellige måder at være muslim på, og hendes liv i Somalia og Yemen, hvor hun boede som flygtning, kan have budt på mange forskellige erfaringer, som påvirker hendes fremtidige valg, ligesom hun som person vælger individuelt imellem de forskellige mulige måder at være på.

Samtidig er hendes viden og de betydninger og værdier, hun agerer på baggrund af, i bevægelse. Dengang hun boede i Somalia, og senere da familien var flyttet til Yemen, bar Suad for eksempel ikke tørklæde.

Opfattelser i forandring

Ligesom Suads forhold til at gå med tørklæde forandrede sig, er andre opfattelser også hele tiden under forandring i samspil med individets møde med omverden. En undersøgelse af tyrkiske kvinders møde med det danske sundhedsvæsen, kort efter de var kommet til Danmark og igen 20 år efter, er et eksempel på, hvordan kvindernes sundhedsopfattelse ændrer sig.

Ifølge undersøgelsen havde kvinderne for 20 år siden et lavt kendskab til biologiske funktioner, og deres formodninger vedrørende årsag og behandling var baseret på tro, overtro og misforståelser. ”Kvinderne vidste ofte så lidt om det biologiske grundlag for deres lidelse, at de ikke turde stille spørgsmål til deres læge af angst for ikke at forstå svaret. Både symptomer og behandlinger var derfor angstfremkaldende. En almindelig hovedpine kunne fremkalde angst for kræft i hjernen (...). Ligeledes kunne blodprøver medføre angst for påført og vedvarende blodmangel. I efterundersøgelsen kunne man selvfølgelig finde de samme tendenser i retning af en ”bekymringsparathed”, men de blev ofte ledsaget af selvironiske bemærkninger, som antydede større forståelse og selvindsigt: ”En gang i mellem bliver jeg stadig overvældet af angst for at have kræft, men inderst inde ved jeg, at det er spændingshovedpine”. (Mirdal, Gretty M. 2005)



Forklaringsmodeller

De fleste mennesker kan på en og samme gang operere med flere forklaringsmodeller for deres sygdom og dermed flere metoder til pleje og behandling. Eksempelvis kan samme menneske forklare sin halsbetændelse med:

- at hun er stresset
- at det er streptokokker
- at hun har spist forkert med for meget syre

De forskellige forklaringer kan indbære, at hun både går til lægen for at få antibiotika og til en massør for at få hjælp til at slappe af samtidig med, at hun ændrer sin kost.

Find eksempler på nogle af de sygdomsforklaringer du opererer med, og de forskellige midler du griber til for at få behandling og pleje.

Nyttig generalisering

Eksemplet viser ikke kun, hvordan opfattelser er under forandring i samspil med samfundet. Det er interessant på flere måder. Blandt andet viser det, hvilke konklusioner man kan drage ved at bruge henholdsvis *det homogene* og *det heterogene kulturbegreb*. Derudover viser eksemplet, hvordan det kan være nyttigt at generalisere, og endelig viser det, hvordan stort set alle mennesker har en tendens til at beskrive "de andre" i sit eget billede.

Hvis man bruger det homogene kulturbegreb på eksemplet med kvinderne fra Tyrkiet, konkluderer man let, at kvinder, der kommer lige fra Tyrkiet, tror de vil komme til at lide af blodtab, hvis de får taget blodprøver. Og at kvinder fra Tyrkiet vil ændre sygdomsopfattelse efter at have været i Danmark i 20 år.

Det er nødvendigt at generalisere for at kunne beskrive verden. I undersøgelsen er det nyttigt for at skabe en erkendelse af, hvordan den gruppe kvinder *kan* forholde sig til sygdom. Men samtidig tager forfatteren forbehold for sin generalisering ved at benytte ord som "tendenser" "ofte" og "kunne".

Man kan altså godt generalisere i forhold til en gruppe for at få sat ord på tendenser og problemstillinger. Men benytter man generaliseringen i forhold til konkrete mennesker, tager man let fejl og pådutter folk tanker, holdninger og adfærd, som de ikke har. Man kommer til at arbejde med stereotyper og ikke mennesker.

Ved brug af det heterogene kulturbegreb kan man konkludere, at for kvinder, der kommer fra Tyrkiet, er en opfattelse af, at blodprøver kan føre til blodtab, mere udbredt, end for kvinder med danske rødder. Dermed giver undersøgelsen *inspiration* til, hvad man kan spørge om, og viser en af de mange forestillinger, vi som mennesker kan gøre os om vores krop og helbred. På den måde åbner undersøgelsen op for, hvordan patienter kan opfatte deres lidelser og den behandling og pleje, de bliver tilbudt. Læserne bliver bevidste om, at den måde, de selv opfatter sundhed og sygdom på kun er én ud af mange muligheder.

Et spejlbillede

Hver gang vi beskriver andre mennesker, vil vi nærmest uundgåeligt komme til at beskrive os selv. Det er også meget almindeligt, at vi beskriver ”de andres kultur” ud fra vores egne værdier. Faktisk kan det være svært at undgå det.

I undersøgelsen med de tyrkiske kvinder kan man tolke forfatterens beskrivelse af kvindernes forandrede sygdomsopfattelser som et udtryk for, at hun beskriver forandringen ud fra et biomedicinsk ståsted. Eksempelvis bemærker forfatteren, at kvindernes formodninger vedrørende årsag og behandling i den første del af undersøgelsen var baseret på *tro, overtro og misforståelser*. Dette sættes i modsætning til den traditionelle biomedicinske forklaring på sygdom og symptomer som er baseret på viden og som anses som objektiv og korrekt. Lidt senere skriver forfatteren at kvindernes bekymringer for en alvorlig sygdom ofte blev: ”ledsaget af selvironiske



bemærkninger, som antydede større forståelse og selvindsigt”. Kvinderne havde altså overtaget en mere traditionel biomedicinsk forståelse af sygdom, og dermed kan det se ud som om forfatteren mener de har fået en større (og ikke bare en anden) forståelse og selvindsigt.

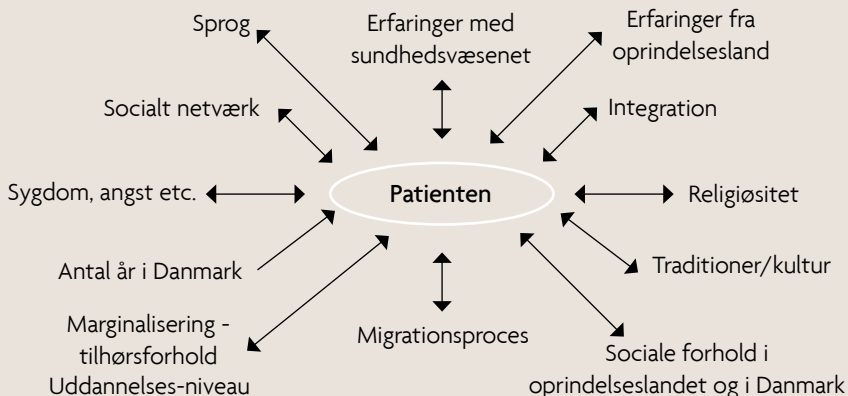
Kulturens skygge

Når man skal beskrive det fremmede; når man søger at forstå det anderledes, gør man det ofte ved at fokusere på kulturen. Men dermed kommer man nemt til at fokusere på alt det, der er anderledes.

Men ofte vil andre faktorer have meget større betydning for patientens situation og handlemuligheder end patientens kultur.

Faktorer for sygdom og handlemuligheder

Modellen illustrerer nogle af de faktorer, der kan påvirke patienten:



Figuren illustrerer, hvordan patientens traditioner og kultur kun er en lille del af mange faktorer, der påvirker patientens opfattelse af sin sygdom og patientens handlemuligheder. Modellen tager udgangspunkt i en patient fra en etnisk minoritet i Danmark.

Prøv at beskrive hvilke faktorer, du forestiller dig gør sig gældende i forhold til en patient med danske rødder? Hvilke faktorer er de samme? Ville du i nogle situationer bruge en anden formulering?

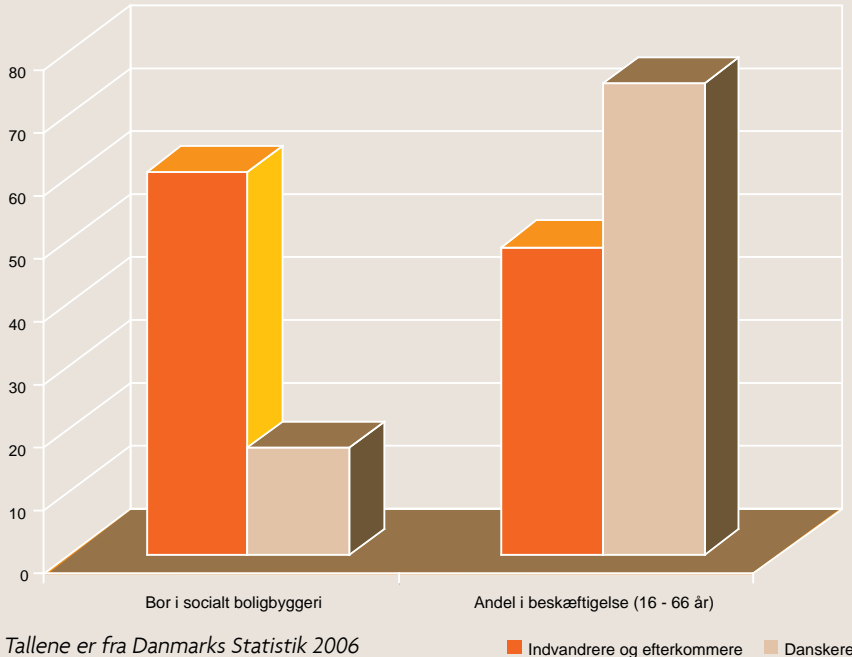
For eksempel er patientens situation i høj grad også påvirket af hendes sociale vilkår. Herunder økonomiske forhold, socialt netværk og hvor velfungerende ægteskabet er.

Flere undersøgelser viser, at indvandreres sygelighed og brug af sundhedsydelser ikke er særlig meget højere end for danskere, som har den samme indkomst og uddannelse.

Sociale faktorer

Indkomst

Gennemsnitsindkomsten for indvandrere fra ikke-vestlige lande var i 2003 157.995 kroner årligt, mens den var 252.044 kroner årligt for etniske danskere. Det vil sige, at etniske danskere i gennemsnit tjente 60% mere end indvandrere fra ikke-vestlige lande. Forskellen på den gennemsnitlige indkomst er til stede inden for alle uddannelsesgrupper. Det vil sige for ufaglærte såvel som personer med længerevarende uddannelser bag sig (Årbog om udlændinge i Danmark 2005 – status og udvikling, Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration).



Et eksempel er en læge der har mange diabetespatienter. Lægen forklarer om sine etniske minoritetspatienter, at det er sværere at få dem til at ændre livsstil end patienter med danske rødder, og hun forklarer det med, at de har en anden kultur. Men en af lægens patienter, en kvinde fra Afghanistan, der har boet fem år i Danmark fortæller, at hun udmærket kender, forstår og accepterer lægens kostråd. Der er bare det ved det, at lægen siger, hun skal købe ost af mærket Cheasy. ”Men den koster 40 kr., mens den almindelige ost koster 15 kr.”, forklarer kvinden og tilføjer, at det ikke er noget, hun har fortalt lægen.(UFL 2004)

Ensom og udsat

Udover patientens økonomiske situation har den sociale situation betydning for mødet. Og meget tyder på, at mange blandt etniske minoriteter har et svagt netværk. Det skyldes blandt andet, at de er emigreret eller flygtet til Danmark, og at de har det meste af deres familie i hjemlandet. Desuden kan familierne i nogle tilfælde være præget af både vold og alkohol, lige som det kan være tilfældet traditionelle danske familier.

Sociale relationer

Sociale relationer blandt ikke-vestlige indvandrere og etniske danskere.

Opgjort i procent

	Ikke-vestlige indvandrere	Etniske danskere
Regner ikke med at få hjælp fra andre i tilfælde af sygdom	16	4,5
Ofte alene selvom man egentlig har mest lyst til at være sammen med andre.	8,9	2,5

Resultater fra SUSY 2005

Resultaterne tyder på, at det sociale netværk hos etniske minoritetspatienter ikke er helt så stærkt som blandt etniske danskere, og at ensomhed kan være mere udbredt. Der skal dog tages forbehold for, at indvandrerguppen i undersøgelsen ikke er repræsentativ.



De ofte dårlige socio-økonomiske forhold som svag tilknytning til arbejdsmarkedet og en lav indkomst er med til at sætte mange familier under pres.

En rapport fra DSI – Dansk Sundhedsinstitut, fra 2004, beskriver fire kvinders møde med det danske sundhedsvæsen. De fire kvinder er alle kommet til Danmark som voksne fra ikke-vestlige lande. Deres familie er spredt over Danmark og resten af verden, og de oplever heller ikke nødvendigvis, at den familie de har, er parate til at bakke dem op på en relevant måde.

Det manglende sociale netværk af familie og venner forsøger kvinderne til dels at erstatte gennem kontakten til sundhedsvæsenet.

En af kvinderne i undersøgelsen har en alkoholiseret og voldelig ægtemand, men undersøgelsen viser, at der ikke er nogle af de sundhedspersoner, som kvinden møder undervejs, der reelt forholder sig til den del af hendes problemstilling.

Samtidig viser rapporten, at den specialisering, som ellers er sundhedsvæsenets garant for god kvalitet, nærmest virker som et tveægget sværd overfor de patienter, som ikke selv formår at binde behandlingsforløbet sammen og som ikke magter at gennemtvinge brugbare løsninger på deres problemer. Og da slet ikke i konsultationer á ti minutter hvor der også skal være tid til tolkning.

Det kan også have betydning for en persons forhold til sundhed og sygdom, hvor han bor. Nogle lokalsamfund har færre ressourcer og er præget af en højere arbejdsløshed med en højere forekomst af sygdom på grund af de sociale forhold.

Identifikation af torturoverleveren

Torturoverleveren fortæller sjældent af sig selv, at hun/han har været udsat for tortur. Men man skal ikke være bange for at tale med patienten og spørge til hans baggrund. Lukkede spørgsmål, der kan besvares med ja/nej, kan være hensigtsmæssige. Man kan eksempelvis indlede med at spørge, om patienten er kommet til Danmark som politisk flygtning. Så kan man sige: "De fleste politiske flygtninge her i landet har været i fængsel i deres hjemland. Har du været i fængsel". Og: "Jeg kender ikke nogen fra dit land, der har været i fængsel, uden de også har været udsat for tortur. Har du været udsat for tortur?"



Når mange mennesker med svag økonomi og næsten ingen uddannelse bor i samme områder, vil mange opleve, at de får eksempelvis diabetes, og de kan få den opfattelse, at ”diabetes er uundgåeligt.”

Mange etniske minoritetspatienter har været igennem en migrationsproces, hvor de er flyttet fra et land til et andet. For langt de fleste er det en belastende oplevelse, og det vil påvirke den enkeltes og familiens ressourcer. Hvis flytningen fra det ene land til det andet oven i købet skyldes belastende forhold, – at man er flygtet, har været jaget, udsat for tortur og hvis ens livssituation fortsat er uvis, så belaster det den enkelte yderligere.

Angst og aggressiv

En sygeplejerske på en kræftafdeling fortæller om en indvandrerpatient, der var meget aggressiv. Patienten kastede flasker efter personalet og var i det hele taget meget hidsig og utilregnelig, og de fleste ansatte på afdelingen var bange for ham. Manden talte stort set ikke dansk, og de fandt ud af, at han havde været torturoffer.

”Han var så angst, da han kom. Så bange. Og det blev forstærket af, at han havde været udsat for tortur”. Afdelingen bestilte så en tolk, der kom hver dag i lang tid. Og hver dag fortalte manden om sine oplevelser som torturoffer. ”Vi tænkte, skal vi virkelige høre på den historie igen og igen”, fortæller sygeplejersken. Men det skulle de. Efterhånden slappede manden af, og efter lang tid havde han heller ikke behov for at fortælle

sin ”torturhistorie” mere. ”Det endte med, at han blev den mest fantastiske, vidunderlige patient, vi har haft i mange år”, fortæller sygeplejersken. (Baggrundsinterview 2007)

Men for at nå dertil var det altså nødvendigt, at han, samtidig med angsten for kræften, fik sat ord på nogle af sine oplevelser som torturoffer.

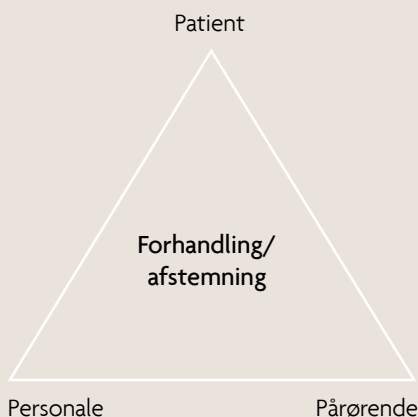
De sundhedsprofessionelles opmærksomhed på den enkelte patients særlige situation både kulturelt, sprogligt og socialt samt opmærksomhed på øvrige aspekter som eksempelvis migrations eller torturoplevelser kan have afgørende indflydelse på behandlingsresultatet, fordi det kan åbne op for andre tolkninger og andre løsningsmuligheder end dem, man umiddelbart ville tænke på.

Roller på spil

Summen af patientens baggrund udgør altså hans forudsætninger i mødet med sundhedsvæsenet. Ovenfor er der beskrevet nogle af de ting, der kan være på spil for patienten. Billedet vil dog aldrig blive udtømmende.

Men patienten er ikke den eneste i det kliniske møde, som er præget af sine tidligere erfaringer, sprogkunderskaber, kultur og sociale forhold. De tre: patienten, den sundhedsprofessionelle og de pårørende, skal fungerer sammen i et sund-

Roller i spil i det kliniske møde:



Det kliniske møde bliver præget af de forventninger og opfattelse af roller, som hver enkelt aktør i mødet bærer med sig. Når mødet lykkes, bliver disse faktorer forhandlet af og afstemt imellem aktørerne, så man opnår en fælles forståelse af situationen.



hedssystem med fokus på specialisering, en biomedicinsk tilgang og en udtalt forventning om, at patienterne forstår, hvordan systemet fungerer.

En af de udtalte forventninger er, at patienter, pårørende og personale har nogle veldefinerede roller: *Patienten* skal selv være aktiv i bestræbelserne på at blive rask, forholde sig selvstændigt til sin sygdom, og følge de gode anbefalinger fra sundhedspersonalet og være taknemlig for den hjælp, han får tilbudt. *De pårørende* skal støtte denne proces og samtidig give patienten ro til at komme sig, mens den *sundhedsprofessionelle* skal facilitere processen ved at bidrage med den rigtige viden og sygdomsforståelse samt selvfølgelig tilbud om behandling og pleje.

Når patienten, de pårørende og den sundhedsprofessionelle ikke er enige om indholdet i de forskellige roller, kører samspillet let skævt. Nogle patienter har eksempelvis en opfattelse af patientrollen som mere passiv, og ideen om, at man selv skal tage ansvar for sin helbredelse, er ikke så fremtrædende. Til gengæld kan de pårørende have en mere fremtrædende rolle i nogle situationer. En rolle som kan komme i karambolage med den danske lov om patientrettigheder, som lægger beslutninger om behandlingen over til patienten selv.

Samtidig kan der være en opfattelse af den sundhedsprofessionelle – måske især lægen – som en absolut autoritet. Dermed kan det være svært at forstå, når de sundhedsprofessionelle ikke bare beslutter, at ”nu gør vi sådan og sådan, og du får den og den medicin”, men i stedet hele tiden spørger om patientens mening.

Hvis der opstår gnidninger i det kliniske møde, kan det således være forskellen i rollebeskrivelser, der er på spil. Løsningen er ikke, at man skal ændre sin egen rolle, men at gøre sig klart, hvordan man opfatter sin egen rolle, og hvad man forventer af patienten og de pårørende og dernæst indgå i en dialog om forventningerne.

Eksempelvis er det ofte en udtalt forventning til patienten, at hun tålmodigt venter på, at det bliver hendes tur – i venteværelset. Når så patienten sætter sig på gangen, uden for døren til konsultationsværelset, kan det skabe frustration. ”Hvad gør hun det for. Jeg har jo sagt hun skal vente”, tænker den sundhedsprofessionelle måske. Underforstået, at alle ved, at patienter venter i venteværelset. Patienten på sin side har måske en erfaring om, at hvis man bare venter – passivt – så bliver det aldrig ens tur. Så kommer andre foran i køen.

Irritationen kan føre til en kategorisering af patienten som ”anmassende”. Men i virkeligheden bundes situationen i to forskellige opfattelser af patientens rolle i ventetiden. (Kristiansen, Maria og Nielsen, Anna Mygind 2004)



Kapitel 4

Professionelle nøgler

Undersøg hvad der er vigtigt for patienten: Hvad tænker han om sin sygdom, og hvad betyder den for hans liv? Er der særlige ting, der bekymrer ham? Sådant lyder et af rådene i dette kapitel, som giver nogle metoder til, hvordan den sundhedsprofessionelle kan tackle mødet med den etniske minoritetspatient.

Susto – sjæletab, onde øjne og rod i legemsvæskerne er alle benævnelser for forskellige sygdomsforklaringer med rod i forskellige dele af verden. Men de fylder ikke rigtig noget i bogen her.

Det er helt bevidst. Det er også bevidst, at bogen ikke rummer beskrivelse af begravelse og andre ritualer som omskæring eller behandlingsmetoder som kinesisk medicin.

Godt nok kan viden om religiøse opfattelser, medicinske systemer og behandlingsformer i det land, patienten kommer fra eller har rødder i, være et godt udgangspunkt for dialog, og det kan være et udtryk for, at man er interesseret og har respekt for andre måder at handle og tænke på. Men for meget fokus på verdens farvestrålende mangfoldighed i form af ritualer og fortolkninger af symptomer kan meget let føre til en stereotypisering. Man risikerer at springe fra viden om muslimske begravelsesritualer, til at tro man ved, hvordan en muslimsk familie ønsker deres



kære behandlet i forbindelse med døden. Men det er ikke muligt at slå op i en bog for at finde ud af, hvordan mennesker anskuer verden.

Dertil kommer, at etniske minoritetspatienters eventuelle religiøse opfattelser og sygdomsforklaringer, så som onde øjne og kold-varm balance ikke fylder meget i deres møde med sundhedsvæsenet. Som en sundhedsprofessionel siger: ”De ved jo, at de går hos en biomedicinsk behandler.”

Interkulturel kompetence

Selvom kultur ikke kan bruges til at beskrive og forklare det enkelte menneske, gælder det stadig, at kulturelle forhold kan spille en væsentlig rolle i forbindelse med pleje og behandling.

Det er altså relevant at inddrage kulturelle opfattelser og praksis i pleje- og behandlingssituationen i det omfang, det giver mening for pleje og behandling.

Som et redskab til at inddrage kulturaspektet uden at ende med at stereotypisere patienten kan man benytte sig af en ”minietnografi”. Her spørger man blandt andet til patientens:

- Kulturelle identitet
- Egen vurdering af sin sygdom og dens betydning i patientens liv
- Sociale forhold
- Væsentlige livserfaringer

Gennem spørgsmål til patientens *kulturelle identitet*, finder man frem til, hvilken rolle forskellige former for kulturel praksis, eksempelvis religion, særlige ønsker

Arthur Kleinman

Den amerikanske antropolog og psykiater, er kendt for at være den, der har sat fokus på forskellen mellem behandlerens og patientens opfattelse af situationen. Her har han brugt begreberne ”*illness*” og ”*disease*” som udtryk for de to aspekter af mødet mellem behandler og patient.

Det er også Arthur Kleinman, der har introduceret ”minietnografien” som metode og inspireret mange til at arbejde videre af det spor.



til kost og forhold til blufærdighed, spiller for patienten og i så fald hvordan. Svar på den kulturelle identitet vil også komme frem, når man spørger til patientens egen vurdering og livserfaringer.

Spørgsmål om patientens *egen vurdering* giver indsigt i, hvad patienten tænker om sin sygdom: Hvad mener hun selv, den skyldes, hvor alvorligt mener hun, det er, hvordan oplever hun sygdommen, og hvad er hendes frygt og bekymring i forbindelse med sygdom og behandling.

Spørgsmål til *sociale forhold* afdækker ressourcer hos familie og pårørende, økonomiske muligheder og forhold på arbejdspladsen, der kan have betydning for behandlingen.

Endelig vil spørgsmål til patientens *livserfaringer* vise, om patienten har været udsat for traumatiserende oplevelser som eksempelvis migration og tortur, samt hvad det har af betydning for behandling og pleje. Måske er det relevant at sætte ind med særlig hjælp.

Diagnose og lidelse

Dybest set kan mødet mellem patienten og sundhedssystemet sammenlignes med mødet mellem to kulturer. I den antropologiske litteratur bruger man blandt andet to begreber som beskriver henholdsvis behandlerens og patientens oplevelse af problemet: ”disease” og ”illness”, kalder man de to facetter. ”Disease” er udtryk for den sundhedsprofessionelle opfattelse, mens ”illness” er udtryk for patientens oplevelse af sygdommen. Begge dele er kulturelt betinget. Man kan altså ikke tale om, at det ene udtryk er mere objektivt end det andet.

Begreberne gør det klart at de to parter ikke har samme udgangspunkt. Dette gælder for alle patienter, selvom forskellene kan synes større i mødet med etniske minoritetspatienter. For at få mødet mellem de to ”kulturer” – patientens og den sundhedsprofessionelle – til at lykkes, kan det være en god hjælp at undersøge begge udgangspunkter. Altså både sit eget og patientens.

Kendskab til sit eget udgangspunkt er vigtig, for at man overhovedet kan formidle sine synspunkter til patienten. Rigtig ofte går kommunikation mellem to parter galt, fordi begge parter indirekte refererer til deres egne erfaringer om emnet, men ikke siger det tydeligt.

Et eksempel er kvinde, der er vokset op i Somalia. Hun vægrer sig ved at få kejsersnit, da hendes erfaring er, at det ofte er noget, man dør af. Hun kender selv mindst én kvinde, der er død af kejsersnit. Lægen til gengæld har den erfaring, at kejsersnit kan redde liv og helbred for såvel mor som barn.

For kvinden betyder det, at hun forsøger at undgå kejsersnit ved først at komme frem til fødestedet, når fødslen er gået i gang, og hun er fem centimeter åben.

Gode spørgsmål

Nogle hospitalsafdelinger og forskere har formuleret en række spørgsmål, man kan bruge for at komme omkring patientens situation i ”mini-etnografien”. Bagest i dette kapitel er en række eksempler på spørgsmål, man kan stille patienten.





Hvis de to parter ikke får klarhed for hinandens synspunkter og finder en løsning, de kan være enige om, vil kejsersnittet måske alligevel ske turbulent og akut med øget fare for både mor og barn og med en oplevelse hos kvinden af, at hun har været udsat for et overgreb. (Johnsdotter Sara og Essén Birgitta 2007)

Bevidstheden om forskellen på ”illness” og ”disease” er relevant i alle forhold mellem sundhedspersonale og patient. Altså ikke kun når der er forskel på parternes

Sparring

Det kan være en hjælp at diskutere problemer med etniske minoritetspatienter, med kolleger og andre for at få en bedre forståelse af, hvad der sker i relationen. Samtidig kan viden om andre måder at leve og forstå verden på give en større forståelse for patienter, der tænker anderledes. Der er erfaring for, at arbejdet med etniske minoritetspatienter opleves mindre frustrerende, hvis man bedre forstår forskellene og grundlaget for de anderledes handlinger og tankegange.

etniske baggrund. Men når det drejer sig om personale og patient med forskellig baggrund, bliver det selvfølgelig endnu mere påtrængende at være bevidst om, at man har udgangspunkt i to forskellige ”verdener”.

Finmasket kategorisering

”Problematisk” patienter med danske rødder virker ofte som et mindre problem end ”problematisk” patienter med indvandrerbaggrund. Det skyldes blandt andet, at den sundhedsprofessionelle har tendens til at foretage en mere finmasket kategorisering af patienter med samme etniske baggrund som dem selv. Danske patienter med kategorien: ”reguleret diabetes” bliver måske sorteret i underkategorierne: ”dårlige boligforhold” - ”kort uddannelse” - ”ringe opbakning fra familien”. På den måde hjælper den finmaskede kategorisering til at få en bedre forståelse af patientens problemstilling.

Stillet overfor en vanskelig patient med minoritetsbaggrund vil den sundhedsprofessionelle derimod have tendens til at foretage en meget grovere kategorisering i stil med: ”Ureguleret diabetes” - ”muslimsk patient” og så måske: ”samarbejdsvillig” eller ”ikke samarbejdsvillig”. Desuden vil mange nok også tænke ”sprogproblemer”.

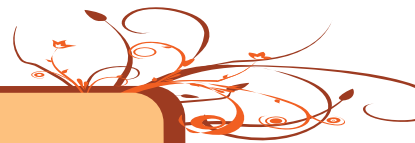
Kategorier som disse er kun i ringe grad med til at skabe en forståelse af patientens problemstilling. I stedet bekræfter de bare, at man står i en vanskelig situation.

For det meste foregår kategoriserings-processerne ubevidst. Det er ikke noget, man tænker over. Man gør det bare og handler så efter det. Løsningen er derfor at blive mere bevidst om sin kategorisering for ad den vej at skabe en bedre forståelse af patientens problemer og ressourcer. Eksempelvis kan man spørge sig selv, om der kunne være andre måder at forklare patientens adfærd på.

Kategorisering

Hvilke kategorier bruger I om patienterne på din arbejdsplads?

Hvem er de ”etniske minoritetspatienter”?





Spørgsmål til minietnografien

Her følger en liste med eksempler på spørgsmål, man kan stille patienten i forbindelse med en "mini-etnografi". Listen er ikke udtømmende, og det er heller ikke meningen, at man skal bruge dem alle sammen.

Gener og klager:

Hvilke gener har du?, Hvornår startede de?, Hvordan startede de?, Har du oplevet sådanne gener før?, Hvad har du foretaget dig indtil nu for at formindske generne? Hvad har man sagt, at du fejler? Hvilken diagnose har du fået? Hvilken behandling har man anbefalet? Har du fulgt denne behandling? - Hvis nej, hvorfor ikke? Hvornår har du det værst?, Hvad forværrer din tilstand?, Hvornår har du det bedst?, Hvad forbedrer din tilstand?

Egenvurdering

Sætter du starten af generne i forbindelse med en bestemt hændelse eller situation?, Mener du, at din sygdom har noget med stress at gøre? Hvad mener du selv er årsagen/årsagerne til din sygdom? Har du været indlagt før? Hvordan oplevede du indlæggelsen? Var der nogle særlige problemer sidst? Var der noget, du opfattede som rigtig godt? Er der nogen i din familie eller omgangskreds, der har eller har haft samme gener? Kender du andre, der har de samme gener eller en lignende sygdom?, Hvordan har forløbet af deres sygdom været?, Hvilken behandling har de fået?, Hvad har hjulpet dem – hvad har ikke hjulpet?, Har du nogen forestillinger om, hvilken slags undersøgelse og behandling, du kunne ønske dig at få her? Har du søgt hjælp for din sygdom andre steder end her? – Hvad har du fået at vide? - Hvad tænker du selv om det?

Kulturel identitet

Hvordan er din daglige kost / Hvad spiser du normalt derhjemme? Er der nogle særlige forhold omkring din kost, du ønsker, vi skal tage hensyn til? Er du religiøs? – i så fald, hvilken religion? Hvad betyder religionen for dig? Har den betydning for din opfattelse af sygdom, behandling og pleje? Har du noget særligt forhold til, om det er en mand eller kvinde, der undersøger dig og hjælper dig med den personlige pleje? Hvad tænker din familie om din sygdom?, Hvad ville man kalde det, du fejler, på dit modersmål? Hvordan tror du, at det, du fejler, ville blive behandlet, hvis du gik til læge i dit hjemland?

Sociale forhold

Hvilke former for belastninger mener du, at du er udsat for lige for tiden?, Er der noget i dit liv, som påvirker dine muligheder for at følge behandlingen? Hvem kan hjælpe dig, hvis du får brug for det? Hvor mange sprog taler du? Hvilken uddannelse har du? Har du arbejde? – hvilket? Hvad betyder arbejdet for dig? Hvad er dine pligter derhjemme?



Kapitel 5

Svære samtaler

De ”svære samtaler” og tabu-belagte emner kan være vanskelige nok i forhold til patienter med danske rødder. Men hvis patienten eller de pårørende har rod i en anden kultur, vil det ofte øge usikkerheden, ligesom der kan være andre forhold, man skal tage i betragtning. Det er den situation, kapitlet handler om.

Når man skal tale med en patient om alvorlige emner som en svær operation, organdonation eller livsvarige mén som følge af en sygdom, eller hvis man skal tale med pårørende om plejen af en terminal patient, er det som regel en vanskelig situation, som man tænker godt igennem.

Hvis patienten er fra en etnisk minoritet, vil mange sundhedsprofessionelle føle sig mere usikre og udsatte. Man kan ikke bare tage for givet, at man deler opfattelse på nogle af de helt afgørende punkter om livsvilkår og død. Man kan være bekymret for, om man kommer til at fornærme patient og pårørende ved at omtale tabubelagte emner på en måde, som patient og pårørende vil opfatte som mangel på forståelse og omsorg. Hvilket da også er en risiko.

Derfor er det afgørende, at den ansvarlige sundhedsprofessionelle sætter tid af til samtalen, og at man i samtalen forholder sig undersøgende til, hvordan patienten selv opfatter situationen. Hvis samtalen bevæger sig ind på tabuiserede områder, kan man spørge patienten, om det er svært at tale om. Man kan eventuelt bekræfte, at det er en svær situation og måske medgive, at man selv synes, det er vanskeligt. Men samtidig skal man holde fast i, at samtalen er nødvendig.

Hvis patienten ikke taler dansk, skal man bestille tolk til denne form for samtaler.

Hvis det er en alvorlig besked, der vil få konsekvens for patientens livssituation, som eksempelvis kronisk sygdom eller ligefrem livstruende sygdom, vil patienten formentlig få en chokreaktion. Derfor er det en god idé at ”varsle” beskeden i begyndelsen af samtalen, så patienten får en mulighed for at forberede sig på det,



Øvelse gør mester

Hvis du skal have en svær samtale med en patient eller en pårørende, kan det være en god idé at øve samtalen igennem med en kollega. Kan det ikke lade sig gøre, kan du prøve selv at tænke samtalen igennem.

Hvad vil du sige, – hvad forestiller du dig patienten eller den pårørende vil sige til det, og hvordan vil du selv reagere

der skal komme. Når man varsler, går man ”som katten om den varme grød” og nærmer sig langsomt selve beskeden. På den måde har patienten mulighed for at forberede sig på selve beskeden.

Ofte er det muligt at tage udgangspunkt i sygehistorien. Her vil der i de fleste tilfælde have været unormale ting, eller noget der har bekymret.

Den sundhedsprofessionelle kan tage udgangspunkt i de prøvesvar eller symptomer, der har bekymret ham eller hende, fordi de formentlig også vil have tændt nogle advarslamps hos patienten.

Inden man går videre, er det vigtigt at finde ud af, om patienten har tolket sygehistorien på samme måde som den sundhedsprofessionelle. Hvis ikke der er enighed om, at nogle hændelser i sygehistorien har været bekymrende, kan man ikke umiddelbart bruge dem som varsler. Så må man først give sin egen version af forløbet, med de advarslamps, der har været tændt undervejs.

Selve beskeden skal formidles enkelt og kortfattet, da patienten i chokfasen ikke kan opfatte længere og mere komplekse sproglige sammenhænge.

Efterfølgende skal den sundhedsprofessionelle koncentrere interessen om patientens tanker og følelser, og sikre sig, at patienten har forstået meddelelsen ved at spørge, hvad det er for en besked, patienten netop har fået.

Inden man afslutter samtalen, skal man sikre sig, at patienten ikke efterlades alene og forvirret.

I efterfølgende samtaler med patienten kan den sundhedsprofessionelle yderligere undersøge patientens reaktion og forståelse af sin situation. Alt afhængig af patientens svar kan man indgå i en dialog om opfattelserne eller forsøge at korrigere misforståelser.

Når det drejer sig om samtaler med pårørende omkring pleje af døende, eller hvad der skal ske, når patienten dør, er det igen en god idé at sætte tid af til samtalen.

Man kan indlede samtalen med at undersøge, hvad de pårørende og patienten selv har af forventninger og forestillinger. Mennesker rundt om i verden kan have vidt forskellige forestillinger om døden og forventninger til, hvad der skal ske i forbindelse med et dødsfald.

Det er selvfølgelig en forudsætning for sådanne samtaler, at patient og sundhedsprofessionel er enige om at forstå situationen som terminal. Hvis det ikke er tilfældet, må man begynde med at forklare sin egen opfattelse af situationen.



En lukket dør

I nogle tilfælde er problemet dog ikke, hvordan man skal tale med patienten. Men om man overhovedet kan komme til det. Nogle pårørende mener ikke, at deres syge familiemedlem skal have besked om en livstruende sygdom eller manglende behandlingsmuligheder.

Men at forholde patienter information om deres sygdom og sygdommens konsekvenser er i strid med sundhedsloven, med mindre patienten selv frabeder sig informationerne.

En sygeplejerske fortæller om en ung pige, der var uhelbredeligt syg. Familien stod nærmest vagt om pigens seng, og faderen forbød personalet at informere patienten om hendes sygdom. Stod det til ham, skulle pigen slet ikke selv deltage i samtaler om hendes sygdom. Både pigen og hendes far talte dansk.

”Lægen blev mere og mere fortvivlet, for han ville gerne tale med pigen om, at hun ikke kunne overleve. Og pigen selv blev forknyt og indelukket. Hun vidste godt, hvad der var galt. Men ingen talte med hende om det”, fortæller sygeplejersken

Afdelingen fik hjælp fra et special-team, som fortalte personalet, at i den situation, skulle de holde fast i deres faglighed. I situationen betød det, at de måtte forklare faderen, at pigen havde ret til informationen, og at hun havde brug for at tale om sin sygdom og forestående død. Men det blev samtidig understreget, at når familien formener patienten information, sker det for at beskytte patienten.

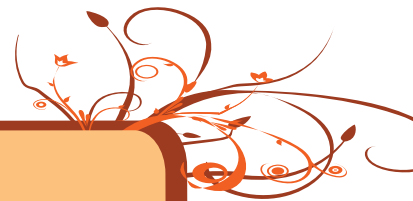
Med den støtte blev afdelingen i stand til at komme til at tale med patienten. Det bedste vil altid være, hvis man kan opnå familiens forståelse og accept af, at man skal tale med patienten. Men det kan ikke altid lade sig gøre. I sådanne situationer er det patientens tarv, der er vigtigst. Hvis familiens beslutning kan komme patienten til skade, må man gå familien imod.

Situationen kunne også være opstået i en familie med danske rødder. Men her ville personalet formentlig ikke have følt sig helt så rådvilde. De ville have syntes, de kunne bruge deres egen kulturelle forståelse, og dermed ikke være bange for at benytte deres autoritet. Men med ønsket om respekt overfor kulturelle eller religiøse forestillinger blev de usikre på, hvor langt de kunne gå.

Samtidig var personalet nervøse for at blive beskyldt for at diskriminere, hvis de brugte deres autoritet. Som sygeplejersken siger: ”I starten sagde vi til hinanden, at vi måtte respektere den måde, familiestrukturen er på. Og det kunne vi også et langt stykke hen ad vejen, – så længe det gik godt.”

Tabuer

Prøv at definere nogle ting, du synes, det er svært at tale med patienter om. Er der nogle af de ting, som er særligt svære i forhold til etniske minoritets-patienter? Hvis det er tilfældet, så find ud af, hvorfor du mener, det er særlig svært, og undersøg om det er noget du ved eller noget du forestiller dig.



Resultatet var, at patienten rent faktisk fik en dårligere information end en patient med danske rødder ville have fået, fordi personalet var bange for at diskriminere.

Tabu-emner

I den almindelige, kliniske hverdag, er det langt fra altid spørgsmål om liv eller død, der er på spil. Men andre, ganske almindelige emner, kan også forekomme svære at tale om.

Hvordan skal jeg dog få talt med patienten om sygdommens betydning for hendes seksualitet? Hvad betyder tørklædet for patienten, kan jeg tage det af, når hun skal i bad? Og er det OK, at der kommer en mandlig sygeplejerske ind til den kvindelige patient?

Spørgsmål som disse kan bidrage til, at man bliver usikker i mødet med patienten. Men ofte er det den sundhedsprofessionelles egne tabuer og fordomme, der er på spil. Tænker man efter, vil man ofte have de samme tabuer om eksempelvis religion, forholdet mellem kønnene og seksualitet i forhold til patienter med danske rødder.

Man kan tale med den etniske minoritetspatient om præcis de samme ting, som man kan tale med danske patienter om. Og det vil være omsorgsfuldt at gøre det, hvis emnet har betydning for forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, for kvaliteten af plejen eller evnen til at leve med sin sygdom.

Der er eksempler på, at fordomme om seksualitet har medført, at sundhedsprofessionelle ikke har talt med ugifte muslimske kvinder om seksualitet og prævention. Den sundhedsprofessionelle har tænkt, at det nok ikke var relevant for en ”muslimsk” kvinde, som jo ikke må dyrke sex før ægteskabet. En sådan fejlslutning kan være fatal for den unge kvinde, der har brug for den sundhedsprofessionelles hjælp til viden om prævention og kønssygdomme. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle altid spørger patienten, hvis hun er i tvivl og ikke lader sig blænde af det umiddelbart anderledes.



Kapitel 6

Ret og rimeligt

Sundhedsloven sætter de juridiske rammer for arbejdet på hospitalet. Den fortæller blandt andet hvad patienten har krav på, og hvad de sundhedsprofessionelle kan forvente af patienterne. Kapitlet kommer blandt andet ind på retten til en tolk, muligheden for at vælge personale fra og retten til behandling.

Har patienten krav på en tolk? Kan hun kræve kun at blive plejet af en kvindelig sygeplejerske, og har patienten i alle tilfælde krav på undersøgelse og behandling? Det er nogle af de spørgsmål, Sundhedslovens afsnit III: Patienters retsstilling giver svar på.

Loven hviler på nogle etiske principper om at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse samt let og lige adgang til sundhedsvæsenet.

Informeret samtykke

Nogle fremtrædende bestemmelser i afsnittet handler om information af patienten. Dels skal patienten give et informeret samtykke til behandling, og dels har patienten ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmuligheder.

Hvis patienten er 15 år eller ældre, kan han selv give et informeret samtykke. Men hans forældre skal, som udgangspunkt, samtidig informeres. Hvis den sundhedsprofessionelle vurderer, at patienten alligevel er for ung til at forstå konsekvenserne af sit samtykke, kan man bede forældrene give samtykke i stedet.

Både informeret samtykke og information om helbredstilstanden forudsætter, at patienten bliver orienteret på en måde, så hun kan forstå det. Derfor er det heller ikke tilstrækkeligt at udlevere informationen som skriftligt materiale. Skriftligt materiale er dog et udmærket supplement til den mundtlige dialog med patienten. Informationspligten indebærer, at patienten er i dialog med den sundhedsprofessionelle og har mulighed for at stille spørgsmål.



Undtagelse fra regel om samtykke

Der findes en undtagelse fra reglen om, at patienter skal give deres samtykke til behandling. Undtagelsen gælder, hvis patienten midlertidigt eller varigt er ude af stand til at give informeret samtykke og det er nødvendigt at gribe ind med det samme. Eksempelvis hvis øjeblikkelig behandling er påkrævet for at redde patientens liv eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for at overleve, eller hvis øjeblikkelig indgriben vil give et væsentligt bedre resultat af behandlingen.

Sundhedsloven §19

Med ganske få praktiske undtagelser må patienten ikke blive behandlet uden at give informeret samtykke. Informationen i den forbindelse skal være givet ”på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv.”.

Når det informerede samtykke er så vigtigt, skyldes det, at al behandling er et indgreb overfor patientens krop og dermed et brud på hendes integritet. Hvis man vil skære i folk, blotte deres legemsdele, eller give dem medicin, kan man ikke gøre det, uden de er indforstået med det. I yderste konsekvens bevæger behandling og pleje af patienter sig på kanten af straffeloven, hvis det sker uden patientens samtykke.

Retten til at blive informeret støder nogle gange på, at patientens pårørende ikke ønsker, at patienten skal informeres. Men her går pligten til at informere og indhente samtykke forud for pårørendes forståelige ønske om at skåne patienten. Patienten kan dog selv frabede sig information.

Ret til fortrolighed

Taler patienten ikke dansk, eller kun meget lidt dansk, kan det være nødvendigt at bruge tolk, for at sikre den lovpligtige information. Skriftligt materiale på patientens modersmål og billedmateriale kan fungere som et supplement til dialogen via tolken.

Brug af tolk er dog ikke helt uproblematisk – heller ikke set i retlig forstand. I mange tilfælde kan det eksempelvis forekomme praktisk at benytte sig af familiemedlemmer. Men det er langt fra sikkert, at familiemedlemmerne formår at løfte tolkeopgaven, så patienten bliver tilstrækkelig informeret. Pårørende kan ofte fungere som filtre, der frasorterer information, som de enten ikke forstår eller ikke mener, patienten skal vide.

Samtidig giver Sundhedsloven patienten ret til fortrolighed. Alle patienter, uanset om de kan det danske sprog eller ikke, har ret til fortrolighed i forhold til andre – også i forhold til familie og venner. Derfor skal patienten altid give skriftligt samtykke til, at der anvendes tolk. I nogle tilfælde vil patienten foretrække, at det er et familiemedlem der tolker. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at patienten kan have behov for at fastholde fortrolighed over for familien. Derfor skal der altid være mulighed for at anvende andre tolke end familien. Hvad der er bedst for patienten i den konkrete situation må



være op til en konkret sundhedsfaglig vurdering i samarbejde med patienten. (Se kapitlet Ord for ord)

Ret til behandling

Det danske sundhedsvæsen hviler på en høj grad af selvbestemmelse for patienterne. Samtidig har patienter krav på behandling, hvis der er en ”sundhedsfaglig indikation”. Det betyder omvendt, at patienter ikke kan kræve unødige under-

søgelse og behandling. Men afgrænsningen er ikke knivskarp. Eksempelvis kan det diskuteres, om patienter kan bede om hjælp til omskæring af drenge, hvis behandlingerne ikke vil forbedre patientens sundhed. Inden for lovgivningens rammer kan den enkelte sundhedsperson dog vælge at være imødekommende, hvis det er sundhedsfagligt forsvarligt.

Nogle patienter stiller krav til hvilke sundhedspersoner, der skal behandle eller pleje dem, eller hvilke sundhedspersoner de i hvert fald ikke vil have hjælp af. Ifølge loven kan patienten da også frit afvise at lade sig behandle eller pleje af en bestemt sundhedsperson. Men man kan ikke kræve at blive behandlet af en anden.

Afdelingen kan også vælge at være imødekommende overfor patientens ønske om en anden eller en bestemt sundhedsperson. Man kan eksempelvis sidestille ønsket med, når unge kvinder ønsker kvindelige gynækologer. Ved at være imødekommende over for sådanne ønsker, kan man vise respekt for det enkelte menneske. Hvilket jo også er et af grundprincipperne i loven. Eksempelvis kan en patient have været udsat for fejlbehandling i et tidligere forløb med en bestemt behandler, eller patienten kan have en særlig blufærdighed overfor behandlere eller plejepersonale af det modsatte køn end patientens.

Men hvis patienten eksempelvis giver udtryk for, at han ikke vil behandles eller plejes af en kristen, en farvet eller en kvinde, fordi patienten betragter disse personer som mindreværdige, kan der være tale om ulovlig forskelsbehandling, hvis man føjer patienten. Og en sådan diskrimination er personalet på sygehuset ikke forpligtiget til at understøtte, da det strider imod grundlæggende retsprincipper.

Åbenhed og grænser

Principperne om respekt for det enkelte menneske, hendes integritet samt let og lige adgang til sundhedsvæsenet indebærer, at man som sundhedsperson og som afdeling skal være imødekommende overfor patienters og pårørendes særlige behov.

Udover som nævnt at gælde særlige ønsker til behandler eller plejepersonale, kan det blandt andet også gælde særlige ønsker til mad, mulighed for at udøve sin religion eller særlige forhold omkring besøg.

Det indebærer dog ikke, at sygehuset og den enkelte sundhedsperson skal efterkomme alle ønsker. Et sygehus og en afdeling kan således have en husorden,

som sætter rammerne for alle patienter. Eksempelvis i forhold til besøgstider og antallet af besøgende. Det kan være en fordel at have denne husorden på skrift og eventuelt på oplysningstavler og have den oversat til relevante fremmedsprog.

Men overordnet er det sygehuset, der har ansvaret for, at dagligdagen kan fungere for alle patienter. Hermed også, at der er plads til forskellighed og til patienternes forskellige behov.



Nødvendige forskelle

Ligebehandling betyder, at man behandler folk forskelligt. Eksempelvis skal information til patienter være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring m.v. (Sundhedsloven Kap 5 §16) Det betyder eksempelvis, at nogle personer er nødt til at få hjælp af en tolk for at være behandlet lige i forhold til andre.

Når patienterne får forskellig behandling, kan det dog også være styret af fordomme, som når en ugift muslimsk kvinde ikke får information om prævention og seksualitet.

Er der nogle punkter, hvor du eller I på din afdeling forskelsbehandler patienter med danske rødder og etniske minoritetspatienter. Overvej om forskelsbehandlingen sker på baggrund af noget, I ved, om den enkelte patient, noget I ved om gruppen eksempelvis "muslimske patienter", eller er det noget I antager?



Kapitel 7

Vil du vide mere

*Her finder du en liste over relevant litteratur og nogle nyttige adresser.
Det er også her, du finder litteraturlisten.*

Denne bog er kun en lille introduktion til et stort emne. Hvis du vil vide mere, kan du dels plukke i litteraturlisten. Men derudover er der her en række forslag til videre læsning.

Litteratur

- Kulturforskelle: kulturmøder i praksis af Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sørheim
- Grundbog i kulturforståelse af Iben Jensen
- Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund nr. 7, 2007. Temanummer om Etniske minoriteter og sundhedssystemer
- Etniske minoriteter – kulturmøder i sundhedsvæsenet af Jens Hjorth Andersen og Anne Dorthe Roland Jensen.
- Kommunikation og samarbejde: i professionelle relationer af Mads Hermansen og Vibeke Petersen.



Nyttige adresser

Der findes en række forskellige tilbud, organisationer og netværk, som tilbyder rådgivning og vejledning om de udfordringer man kan stå overfor med etniske minoritetspatienter. Samtidig indeholder disse tilbuds hjemmeside ofte udgivelser og links med mere information.

Statens Institut for Folkesundhed

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har på deres hjemmeside en række links til organisationer i ind- og udland som beskæftiger sig med folkesundhed. Derudover har SIF også selv udgivet en række publikationer som har haft fokus på etniske minoriteters sundhed. Endelig har SIF også en litteraturlistebase med litteratur vedr. etniske minoriteters sundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed kan kontaktes på følgende adresse: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Øster Farimagsgade 5 A, 2., 1399 København K, Telefon 3920 7777, e-mail: sif@si-folkesundhed.dk. Hjemmeside: www.si-folkesundhed.dk

Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje

Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje er et fagligt selskab, der arbejder med vidensopsamling og udvikling af sygepleje til etniske minoriteter. På deres hjemmeside kan der findes information om kurser og seminarer, ligesom der løbende bliver opdateret en litteraturliste med fokus på tværkulturel sygepleje. Information om det faglige selskab kan findes på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: www.dsr.dk.

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri opsamler, bearbejder og formidler viden og erfaringer vedrørende diagnosticering, behandling og pleje af patienter med anden etnisk baggrund. Målet er at bidrage til, at ansatte på bl.a. sygehuse kan få nem adgang til viden samt inspiration til at udvikle metoder og sikre kvaliteten i arbejdet. På centrets hjemmeside er der adgang til artikler, rapporter og andre publikationer. Videnscentret er placeret på Rigshospitalet, men står til rådighed for hele landet. Videnscenter for Transkulturel Psykiatri kan kontaktes på følgende adresse: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Rigshospitalet, afsnit 8121, Griffenfeldsgade 46, opgang 81, 2 sal tv, 2200 København N, Telefon 3369 1990, e-mail: transkulturel-psykiatri@rh.regionh.dk. Hjemmeside: www.vftp.dk

Etnisk ressourcesteam

Etnisk ressourcesteam hører under Islamisk-Kristent Studiecenter, og tilbyder assistance til brobygning mellem etniske minoritetspatienter og sundhedspersonale. Rådgiverne ved etnisk ressourcesteam har gennemgået kurser i omsorgsarbejde, krisepsykologi og sjælesorg. Etnisk ressourcesteam kan rekvireres til at støtte såvel patienter som sundhedspersonale. Etnisk ressourcesteam kan kontaktes på www.ikstudiecenter.dk.

Torturoverleverere

Der er en række tilbud til personer som har været udsat for tortur, samt til sundhedsprofessionelle som arbejder med disse patienter. Nogle af tilbuddene er:

Rehabiliterings- og forskningscentret for Torturofre (RCT) tilbyder behandlingen til torturofre og gennemfører blandt andet også klinisk forskning og informationsarbejde. Rehabiliterings- og forskningscenter for Torturofre kan kontaktes på følgende adresse: RCT, Borgergade 13, 1300 København K, Telefon 3376 0600, e-mail: rct@rct.dk Hjemmeside: www.rct.dk

OASIS tilbyder behandling til traumatiserede flygtninge, indvandrere og asyl-ansøgere og deres familier. OASIS tilbyder endvidere supervision og gruppesupervision til professionelle der arbejder med flygtninge. Der ydes blandt andet supervision til sundhedsprofessionelle. OASIS kan kontaktes på følgende adresse: OASIS, Nygade 4, 2. sal, 1164 København K, Telefon 3526 5726, email: info@oasis-rehab.dk. Hjemmeside: www.oasis-rehab.dk.

Traume.dk tilbyder information, råd og vejledning om de særlige situationer, der kan opstå i mødet med etniske minoriteter, som har været udsat for krig eller tortur. Hjemmeside: www.traume.dk.

Center for Traume og Torturoverleverere (CETT) i Region Syddanmark tilbyder behandling til traumatiserede flygtninge, ligesom der tilbydes rådgivning til professionelle, herunder rådgivning til sundhedsprofessionelle. Endelig tilbyder CETT også uddannelsesforløb, og oplæg på temadage. CETT kan kontaktes på følgende adresse: CETT, Banegårdspladsen 1, sal, 7100 Vejle, Telefon 7462 0310, e-mail: cett@cett.vejleamt.dk Hjemmeside: www.cett.dk



Kildeliste

Ammentorp, Jette; Rasmussen, Anne Mette og Kofoed, Poul-Erik: Telefontolkning forbedrer vilkårene for patienter, Sygeplejersken 2006, nr. 2

Arbejdshæfte og manual for gynækologi, 13. semester, Træning i kliniske færdigheder, Forårssemestret 2005, Laboratoriet for kliniske færdigheder, Rigshospitalet, Tejlumbygningen, afsnit 5404, tlf.: 3545 5404

Barth, Fredrik; Ethnic Groups and Boundaries, the social organization of culture difference, Introduction s. 9-38, Universitetsforlaget Bergen – Oslo 1971

Breinholdt, Mette: Et kulturelt perspektiv, Fysioterapeuten 2004, nr. 16

Breinholdt, Mette: Fru Ansari til diabeteskontrol, Ugeskrift for læger 2004; vol. 166; nr. 46; s. 4185

Breinholdt, Mette: Støj på linien, Fysioterapeuten 2004, nr. 16

Breinholdt, Mette: Svage patienter afslører mangler i sundhedsvæsenet, Ugeskrift for læger 2004; vol. 166; nr. 46; s. 4183

Eriksen, Thomas Hylland og Sørhaim, Torunn Arntsen: Kulturforskelle: kultur møder i praksis, København; Munksgaard Danmark, 2004

Folmann, Nana Bro og Jørgensen, Torben: Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. Sundhedsstyrelsen, 2006.

Hacking, Ian: World-making by kind-making: Child abuse for example, i Douglas, Mary og Hull, David: How Classification Works, Edinburgh University Press 1992.

Hendry, Joy: An introduction to social anthropology, Other people's worlds, Palgrave 1999

Informationsmappe om patienter fra fremmede kulturer, kirurgisk gastroenterologisk afdeling K, Bispebjerg Hospital, maj 2001

Jacobsen, Eva Thune; Karise, Sussi og Dyhr, Lise: Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen – Rapport fra et pilotprojekt, DSI – Dansk Sundhedsinstitut 2004
http://www.dsi.dk/frz_publicationer.htm

Jensen, Iben: Grundbog i kulturforståelse, Roskilde Universitetsforlag 1. udg. 3. oplag 2006

Johnsdotter, Sara og Essén Birgitta: Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i somalia: Patientens eller vårdens ansvar? I Tidsskrift for Sygdom og Samfund 7, 2007: Etniske minoriteter og sundhedssystemer s. 17 – 31

Kleinman, Arthur og Benson Peter: Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It, Essay i PLoS Medicine, oktober 2006, vol. 3 s.1673 – 1676, www.plosmedicine.org

Kleinman, Arthur: Patients and healers in the context of culture, An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry, University of California Press 1980

Kristiansen, Maria og Nielsen, Anna Mygind: Komplekse møder, Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling, speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet december 2004

Lund, Stine: Fra Hvidovre til Zanzibar, kronik om det personlige lægeløfte, Ugeskrift for læger 2006; vol 168; nr. 18; s. 1782

Lunde, I.M.: Patienters Egenvurdering, et medicinsk perspektivskrift, særtryk af Månedsskrift for Praktisk Lægegering 1992

Mehrabian's communication research, professor Alberg Mehrabian's communications model, businessballs.com:

<http://www.businessballs.com/mehrabiancommunications.htm>

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration: Årbog om udlændinge i Danmark 2005.

Mirdal, Gretty M: Tyrkiske kvinders somatiske klager: Tyve år efter, Månedsskrift for praktisk lægegerning, juli 2005; 83

Retningslinier for diagnostik, behandling, pleje og kommunikation af patienter fra fremmede kulturer, administrativ retningslinie, AR - A072: 10.08.04
Oprettet 23.08.99

Sundhedsloven, LOV nr. 546 af 24/06/2005

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10074>

Tolkebistand i H:S, Vejl 30-1, H:S Tværgående vejledning, administrativ, ikrafttrædelse 20.03.2003

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
[sst@sst.dk](mailto:ssst@sst.dk)

A decorative orange floral pattern is located in the bottom right corner of the page. It features stylized flowers and swirling lines in a lighter shade of orange against the darker orange background.